



# DR. ZIMMERMANN RECHNET AB

**Haben Sie Fragen zur Abrechnung oder Praxisführung? Mailen Sie der Redaktion: [info@medizinundmedien.eu](mailto:info@medizinundmedien.eu)**

Sie erhalten zeitnah eine persönliche Antwort. Allgemein relevante Themen werden anonymisiert veröffentlicht.



**Dr. med. Gerd W. Zimmermann** ist seit 1979 als niedergelassener Allgemeinarzt in Hofheim/Taunus tätig und ebenso lange Mitglied im Deutschen Hausärzterverband. Er ist unser Gebührenordnungsexperte und schreibt regelmäßig für Sie.

## Mehr Durchblick im „Corona-Chaos“ von EBM und GOÄ

**Was ist noch erlaubt, welche Sonderregeln sind weggefallen und was ist neu hinzugekommen? Ein Überblick für EBM, GOÄ und Praxisführung.**

Die Dynamik der Gebührenordnungsregelungen im Zusammenhang mit der COVID 19-Pandemie ist ungebremsst. Besonders die Änderungsfrequenz im vertragsärztlichen Bereich nimmt zu und macht es immer unübersichtlicher. Das Chaos wäre vermieden worden, wenn Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Kassen von Anfang an für einen definierten Zeitraum alle Budgets aufgehoben und damit eine eindeutige Abrechnungssituation geschaffen hätten. Das hätte nicht einmal besondere finanzielle Aufwendungen erfordert, da die Fallzahlen und damit die angeforderten Pauschalhonorare gesunken sind. Stattdessen wird über den „Schutzschirm“ ausgeglichen, der außer zu weiterer Bürokratie vermutlich zu Ungerechtigkeiten bei der Honorarverteilung führen wird. Allein, dass fast jede KV eine andere HVM-Regelung zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags getroffen hat, lässt Schlimmes erahnen.

Die folgende Dokumentation gibt einen Überblick über die vertrags- und privatärztlichen Ausnahmeregelungen zur COVID 19-Pandemie (Stand 16.7.).

### Änderungen in der GOÄ

- Die Regelungen zur Abrechnung telefonischer Kontakte mit dem Patienten, auch wenn dieser nicht mit einer COVID 19-Infektion in Verbindung steht oder stehen könnte, ist zum 31. Juli 2020 ausgelaufen. Ab diesem Zeitpunkt kann die **Nr. 3 GOÄ** – egal ob telefonisch oder im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (APK) erbracht – wieder nur noch einmal im Behandlungsfall und auch nur neben den GOÄ-Nrn. 5-8, 800 und 801 berechnet werden. Mit Begründung ist aber eine Mehrfachabrechnung weiter erlaubt und im neuen Behandlungsfall (neue Diagnose) auch ohne Begründung.
- **Neu ist**, dass der Hygienezuschlag **A245 GOÄ** bereits ab 9. April ansatzfähig ist (bislang galt dafür der 5. Mai).

Die Leistung kann für jeden Behandlungstag, an dem es zu einem persönlichen APK gekommen ist, zwischen 9. April und 30. September zum 2,3-fachen Satz (14,75 Euro) berechnet werden.

Da der Zeitraum rückwirkend erweitert wurde, können bereits verschickte Rechnungen ohne den „Hygienezuschlag“ korrigiert werden.

- Weiter seit 5. Mai, aber jetzt verlängert bis 30. September, dürfen Ärzte die **psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen** nach den Nrn. 801, 807, 808, 860 und 885 GOÄ sowie den Nrn. 804, 806, 817, 846, 849, 861, 863, 870 und 886 GOÄ als Videosprechstunde erbringen und abrechnen. Bei einer Videokonferenz kann ebenso im genannten Zeitraum die Nr. 60 GOÄ zusätzlich zu den anderen dort möglichen Leistungen angesetzt werden, auch wenn zuvor kein persönlicher APK stattfand. In den beiden letzten Fällen muss der Kontakt aber in



## Sonderregelungen in der GOÄ bis 30. September 2020

GOÄ	Legende	Besonderheiten
A245	Erfüllung aufwändiger Hygienemaßnahmen im Rahmen der COVID-19-Pandemie	Je Behandlungstag, 2,3-facher Satz (14,75 Euro) von 9.4. bis 30.9.20
801, 807, 808, 860, 885	Erst- und Eingangsuntersuchungen	Nur bei einer COVID 19-Sachlage im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig von 5.5. bis 30.9.20
804, 806, 817, 846, 849, 861, 863, 870, 886	Gesprächsleistungen	
60	Videokonferenz	

**Quelle:** Beschluss Bundesärztekammer in Abstimmung mit BPTK, PKV-Verband und Beihilfekostenträgern, 3.7.20

Zusammenhang mit der Pandemie stehen und deshalb entsprechend begründet werden (weitere Änderungen bei der Nr. 60 s. S. 6). Beim Ansatz der Nr. A245 GOÄ ist dies nicht der Fall!

### Änderungen im EBM

- Die Kennzeichnung mit der Pseudonummer **88240** von Patienten, bei denen eine COVID 19-Infektion festgestellt wurde oder der begründete Verdacht besteht, ist weiter und bisher ohne zeitliche Begrenzung möglich und führt dort zu einem extrabudgetären Gesamthonorar. Sofern kein positiver Abstrichbefund vorliegt, kann die Ziffer auch angesetzt werden, wenn die RKI-Kriterien erfüllt sind. Die ICD 10-Kennzeichnung erfolgt bei positivem Test mit U07.1G und z.B. Z22.8G (Keimträger sonstiger Infektionskrankheiten), bei vorhandenen RKI-Kriterien mit U07.2G und z.B. Z20.8G (Kontakt mit und Exposition gegenüber sonstigen übertragbaren Krankheiten).
- Bis 30. September wurde die Regelung verlängert, wonach **Videosprechstunden** nicht gedeckelt werden: Unbegrenzt sind Fallzahl und Leistungsmenge. Werden im Behandlungsfall nur Videosprechstunden durchgeführt, ist dies weiter mit der 88220 zu kennzeichnen, die zu einem Abschlag von 20 Prozent auf die Versichertenpauschale samt deren Zuschläge/ Zusatzpauschalen (03040, 03060/ 03061) führt. Die Videosprechstunde ist im Ausnahmeweitraum bei allen Indikationen möglich und auch bei

Patienten, die zuvor noch nicht in der Praxis in Behandlung waren.

- Die **Kindervorsorgen U6 bis U9** dürfen auch erbracht und abgerechnet werden, wenn die vorgeschriebenen Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten überschritten wurden.
- Recht neu** ist die **02402 EBM**, die von 15. Juni 2020 bis 31. März 2021 gilt. Sie ist bei Patienten erlaubt, die nach einer Warnung der „Corona-App“ die Praxis aufsuchen und es zum Abstrich zwecks PCR-Test und/oder einer Beratung kommt. Kodiert wird dann mit der „U99.0G“ (Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2) und/oder „Z11G“ (Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten). Die 88240 ist am gleichen Behandlungstag ausgeschlossen. Fällt der Test positiv aus, kann sie aber an den Folgebehandlungstagen eingesetzt werden. Wird getestet, ist die 32006 anzugeben, um das Laborbudget nicht zu belasten. Die Überweisung zur Laborleistung nach 32811 EBM erfolgt solange auf dem üblichen Muster 10, bis Praxen das neue Muster 10C zur Verfügung steht.

- Völlig aus dem Rahmen fällt die Möglichkeit nach der „Coronatest-Verordnung“, auch **präventive Massentests** durchzuführen. Diese Leistung ist dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) vorbehalten, der aber bei Überforderung „geeignete Dritte“ zur Leistungserbringung beauftragen kann. Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt außerhalb des EBM, aber über die Kassenärztlichen Vereinigungen. In Bayern hat eine solche Beauftragung bereits stattgefunden. Die Leistungen können dort nach den Nrn. 98050 (Pauschale je Abstrich in der Arztpraxis, 16,53 Euro), 98051 (Pauschale für medizinisch notwendigen Hausbesuch für Abstrich inklusive Wegepauschale, 37,17 Euro) und 98052 (Pauschale für medizinisch notwendigen Hausbesuch am gleichen Ort (Mitbesuch) für Abstrich inklusive Wegepauschale, 26,44 Euro) berechnet werden.

### Regelungen, die die Praxisorganisation betreffen

- Krankschreiben** dürfen Ärzte zwar nicht mehr per Telefon, künftig ist dies aber für bis zu sieben Tage nach einer

Videokonsultation erlaubt. Das gilt zeitlich unbegrenzt. Vorausgesetzt, der Patient ist der Praxis bekannt und die Erkrankung ist per Video abzuklären. Eine Folge-AU per Video ist nur erlaubt, wenn die Erstverordnung bei einem persönlichen Kontakt stattgefunden hat. Eine AU per Online-Fragebogen oder Chat ist untersagt.

- Jeweils bis 30. September sind bestimmte Regelungen, die den Praxisablauf betreffen, ausgesetzt. So können die vorgeschriebenen quartalsbezogenen Kontrolluntersuchungen in den **Disease-Management-Programmen (DMP)** ausfallen, ohne dass der Patient neu eingeschrieben werden muss. Wenn möglich, kann die DMP-Dokumentation auf Basis einer telemedizinischen DMP-Konsultation erfolgen.
- Bei der Verordnung einer **Heilmitteltherapie** kann diese erst innerhalb von 28 Tagen nach Verordnungsdatum beginnen und nicht, wie ansonsten vorgegeben, innerhalb von 14 Tagen. Eine Neuverordnung entfällt in diesem Fall. Da ab 1. Oktober die neuen Heilmittel-Richtlinien inkrafttreten, bleibt es aber künftig regelhaft bei dieser dort ebenso festgelegten Frist von 28 Tagen zum Beginn der Therapie.
- **Krankentransporte** zur ambulanten Behandlung von COVID-19-Patienten bleiben bis 30. September genehmigungsfrei. Dies gilt auch für Patienten, die nach behördlicher Anordnung unter Quarantäne stehen. Die Verordnung eines solchen Krankentransportes (gilt nicht für Taxi) muss auf Muster 4 dahingehend gekennzeichnet werden, dass es sich um einen nachweislich COVID-19-Erkrankten oder einen gesetzlich Versicherten in Quarantäne handelt. Außerdem muss die ambulante Behandlung, für die ein Krankentransport verordnet wird, medizinisch notwendig und nicht aufschiebbar sein.
- Kliniken können nach der **Entlassung** von Patienten zum Übergang in die

**Diese EBM-Leistungen können weiter mit den definierten Ausnahmen berechnet werden**

EBM	Legende	Besonderheiten
88240	Kennzeichnung von Leistungen bei Patienten mit gesicherter COVID 19-Infektion, extrabudgetäre Vergütung	Zeitlich unbegrenzt möglich
01450 01451 88220	Aufhebung der Begrenzung der Fallzahl und der Leistungsmenge einzelner Positionen im Rahmen der Videosprechstunde	Zeitlich begrenzt bis zum 30.9.20
01716 bis 01719	U6 bis U9: Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten können überschritten werden	
02402	Gespräch im Zusammenhang mit einer möglichen Testung auf eine beta-Coronavirus SARS-CoV-2 Infektion und/oder Abstrichentnahme(n) aus den oberen Atemwegen nach Warnung durch die Corona-App	Honorar 10 Euro je Abstrich und/oder Beratung Gilt von 15.6.20 bis 31.3.21

ambulante Versorgung für 14 Tage AU, häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel, Soziotherapie und Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) verordnen. Bei Heilmitteln wurde die bisherige 12-Kalendertage-Frist, bis zu der die vom Krankenhaus verordnete Heilmittelbehandlung abgeschlossen sein muss, auf eine 21-Kalendertage erweitert. Bei Arzneimitteln im Entlassmanagement bleibt die Begrenzung auf eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen ausgesetzt. Für sonstige Produkte wie Blutzuckerstreifen oder Verbandmittel darf die Klinik Rezepte für den Bedarf von bis zu 14 Tagen ausstellen. Die Frist zur Einlösung für diese Rezepte wurde auf 6 Werktage verlängert. Die Regelungen zum Entlassmanagement sind nicht zeitlich begrenzt und werden erst aufgehoben, wenn der Bundestag keine epidemische Lage von nationaler Tragweite mehr feststellt.

- Die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung hat für Apotheker von 22. April 2020 bis 31. März 2021 die Möglichkeiten zum **Austausch von Arzneimitteln** erweitert. Sie dürfen in Fällen, in denen das nach den gesetzlichen oder vertraglichen Vorgaben abzugebende Arzneimittel in der Apotheke nicht vorrätig ist, ein anderes wirkstoffgleiches abgeben. Ist kein

wirkstoffgleiches Medikament in der Apotheke vorhanden und das eigentlich abzugebende nicht lieferbar, darf ein anderes lieferbares, wirkstoffgleiches Arzneimittel abgegeben werden. Nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt ist auch die Abgabe eines pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Arzneimittels möglich, wenn weder das eigentlich abzugebende noch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel vorrätig oder lieferbar ist. Dies gilt auch, wenn der Austausch des Arzneimittels mit dem Aut-idem-Kreuz ausgeschlossen wurde. Apotheker müssen dies auf dem Arzneiverordnungsblatt dokumentieren, ein neues Rezept ist somit nicht notwendig. Ohne Rücksprache mit dem verschreibenden Arzt dürfen Apotheker bei der Packungsgröße, der Packungsanzahl, der Entnahme von Teilmengen aus Fertigarzneimittelpackungen und der Wirkstärke von der ärztlichen Verordnung abweichen, sofern dadurch die verordnete Gesamtmenge des Wirkstoffs nicht überschritten wird. Um die Versorgung mit Betäubungsmitteln zu sichern, dürfen außerdem Betäubungsmittelrezepte (BtM-Rezepte) vorübergehend auch außerhalb von Vertretungsfällen – etwa in einer Praxisgemeinschaft – übertragen und von anderen Ärzten verwendet werden.

-